Form A

Request to Attending Physician （担当医へのお願い）

1. Please fill in this form so that the patient may claim the national health insurance benefit
   この様式は患者の国民健康保険の給付の申請に必要ですので，証明をお願いします。
2. This form should be completed by the attending physician
   この様式は担当医が記入して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎，入院・入院外毎につき，この様式が必要です。

Attending Physician's Statement
診 療 内 容 明 細 書

1． Name of Patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex （Male･Female）

患者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 年齢（生年月日）＿＿＿＿＿＿＿＿ 性別（男・女）＿＿＿＿＿

2． Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use of National Health Insurance (Please refer to the table attached to this form)
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号(別紙参照)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ (NO.)

3． Date of First Diagnosis : D ／ M ／ Y ＿＿／＿＿／＿＿
初診日 日 ／ 月 ／ 年

4． Duration of Treatment : ＿＿＿＿days
診療日数＿＿＿＿＿＿日

5． Type of Treatment
治療の分類
☐Hospitalization : From＿＿／＿＿／＿＿, to＿＿／＿＿／＿＿ (days)
入院 自 至 (日間)
☐Out patient or Home Visit : ＿＿／＿＿／＿＿ ＿＿／＿＿／＿＿
入院外

6． Nature and Condition of Illness or Injury (in detail)
症状の概要(詳しく記載してください)

7． Prescription, Operation and Any other treatments (in detail)
処方，手術その他の処置の概要（詳しく記載してください）

8． Was the treatment required as a result of an accidental injury? ☐Yes ☐No
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9． Itemized Amounts paid to Hospital and／or Attending Physician : form B
治療実費 様式Bによる

10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name名前 : Last姓＿＿＿＿＿＿ First名＿＿＿＿＿＿ Title 称号＿＿＿＿
Address住所 : Home自宅＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ phone電話＿＿＿＿
Office病院又は診療所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ phone電話＿＿＿＿

Date日付 : ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Form B

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又は病院事務局長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the national health insurance benefit
   この様式は患者の国民健康保険の給付の申請に必要ですので，証明をお願いします。
2. This form should be completed by either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic
   この様式は担当医又は病院の事務局長が記入して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎，入院・入院外毎につき，この様式が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used
   ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Itemized receipt

領 収 明 細 書

(1)	Fee for initial office visit	初診料	$	
(2)	Fee for follow−up office visit	再診料	$	
(3)	Fee for home visit	往診料	$	
(4)	Fee for hospital visit	入院管理費	$	
(5)	Hospitalization	入院費	$	
(6)	Consultation	診察費	$	
(7)	Operation	手術費	$	
(8)	X−ray examination	X線検査費	$	
(9)	Medication	医薬費	$	
(10)	Anesthetics	麻酔費	$	
(11)	Operating room charge	手術室費用	$	
(12)	Others(specify)その他（項目明記）		$	$
(13)	Total	合 計	$	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e, extra charge for a bed.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name of Patient

患者名 Last 姓 First 名

Name and Address of Attending Physician／Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務局長の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 First 名 Title 称号

Address 住所 : Home 自宅 Phone 電話

Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date 日付 :